

**Pour une approche empirique des relations d'objet**  
**For an empirical approach to object relations**  
**Por un enfoque empírico de las relaciones de objeto**  
**Em prol de uma abordagem empírica das relações de objeto**

Louis Diguier, Olivier Laverdière et Dominick Gamache

Volume 33, numéro 1, printemps 2008

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York,  
2<sup>e</sup> partie (1) et Débat : la garde partagée (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/018474ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/018474ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Diguier, L., Laverdière, O. & Gamache, D. (2008). Pour une approche empirique des relations d'objet. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 89–114.  
<https://doi.org/10.7202/018474ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, les auteurs abordent le concept de relations d'objet et de sa place dans les théories psychodynamiques de la personnalité et, plus particulièrement, dans la conceptualisation de Kernberg des troubles et des organisations de la personnalité. Ils tentent ensuite de montrer la pertinence d'une approche empirique des relations d'objet en rappelant quelques-unes des mesures les mieux considérées. Ils présentent le *Object Relations Rating Scale* (ORRS ; Diguier, 2001), une mesure nouvelle qui se démarque des autres en ce qu'elle porte sur l'interaction thérapeutique dans son ensemble, qu'elle est cohérente avec le modèle d'intervention de Kernberg et qu'elle considère l'ensemble des manifestations relationnelles. Enfin, les auteurs présentent des indices métrologiques satisfaisants à propos de cette nouvelle mesure.



## Pour une approche empirique des relations d'objet

---

Louis Diguer\*

Olivier Laverdière\*\*

Dominick Gamache\*\*\*

Dans cet article, les auteurs abordent le concept de relations d'objet et de sa place dans les théories psychodynamiques de la personnalité et, plus particulièrement, dans la conceptualisation de Kernberg des troubles et des organisations de la personnalité. Ils tentent ensuite de montrer la pertinence d'une approche empirique des relations d'objet en rappelant quelques-unes des mesures les mieux considérées. Ils présentent le *Object Relations Rating Scale* (ORRS ; Diguer, 2001), une mesure nouvelle qui se démarque des autres en ce qu'elle porte sur l'interaction thérapeutique dans son ensemble, qu'elle est cohérente avec le modèle d'intervention de Kernberg et qu'elle considère l'ensemble des manifestations relationnelles. Enfin, les auteurs présentent des indices métrologiques satisfaisants à propos de cette nouvelle mesure.

Cet article a pour objectif de démontrer la pertinence d'une approche empirique des relations d'objet en clinique et en recherche, et ce, en prenant appui sur la conception de Kernberg des relations d'objet et du traitement des troubles de la personnalité. La première partie de cet article présente le concept psychodynamique de relation d'objet en lien avec d'autres concepts apparentés, suivie d'une courte recension des plus importantes mesures de relations d'objet. En deuxième partie, est présentée en détail une nouvelle mesure, l'*Object Relations Rating Scale* (Diguer, 2001), ainsi que quelques-unes de ses qualités psychométriques.

### Les relations d'objet et le modèle d'organisation de la personnalité de Kernberg

Le concept de relation d'objet est central pour la psychanalyse et la psychodynamique. Les travaux de Mélanie Klein, Edith Jacobson,

---

\* Ph.D., École de psychologie, Université Laval, Québec.

\*\* M. Ps., École de psychologie, Université Laval, Québec.

\*\*\* M. Ps., École de psychologie, Université Laval, Québec.

Margaret Mahler, Joseph Sandler et Daniel Stern ont marqué des étapes déterminantes dans son développement et son évolution. Il s'agit d'un concept complexe, qui jette des ponts entre des concepts clés comme le narcissisme, l'investissement psychique, les pulsions, les affects et l'attachement, et aussi avec d'autres disciplines avec lesquelles la psychanalyse peut dialoguer, comme la psychologie du développement.

Il est certain que le concept de relations d'objet est aussi au cœur des travaux d'Otto F. Kernberg et de son groupe (F. Yeomans, J. Clarkin, P. Kernberg, E. Caligor, etc.) sur l'organisation de la personnalité, ses troubles et ses traitements. Le récent ouvrage publié par ce groupe en témoigne avec éloquence : *Psychotherapy for Borderline Personality : Focusing on Object Relations* (Clarkin et al., 2006). Cet accent sur les relations d'objet ne se fait pas aux dépens du concept de transfert, qui reste bien sûr au centre du modèle. Mais cette évocation des relations d'objet dans le titre du nouveau manuel de traitement des troubles de la personnalité limite pourrait bien traduire la volonté des auteurs de maintenir une perspective théorique (voire métapsychologique) large, peut-être en partie pour contrer la tendance actuelle à simplifier de façon parfois technique l'intervention psychologique ; et peut-être aussi pour souligner l'importance de ce concept pour le traitement psychodynamique des troubles de la personnalité. Ce concept, rappelons-le, se démarque des autres qui lui sont apparentés, comme les schémas de relations interpersonnelles. Pour Kernberg (Clarkin et al. 2006 ; Kernberg, 1980), les relations d'objet constituent les fondements mêmes (les *building blocks*) des structures psychiques qui déterminent profondément les comportements humains ; elles sont composées d'une représentation de soi et d'une représentation d'autrui (l'objet), les deux étant liées par un affect, un désir ou une pulsion. Une relation d'objet forme donc un composite complexe de perceptions, de pensées, de sensations, de fantaisies, de désirs et d'émotions qui s'activent automatiquement pour interpréter et déterminer les comportements et attitudes relationnels.

Il nous paraît important de souligner que les relations d'objet ne doivent pas être confondues avec les schémas, ou d'autres types de représentations de relations interpersonnelles, telles qu'on en trouve aujourd'hui dans la plupart des modèles représentationnels élaborés en psychologie cognitive ou en thérapie cognitive-comportementale. Cette distinction nous semble particulièrement importante depuis que les troubles de personnalité ont mis en évidence au cours des dernières années, la très grande importance du relationnel dans la vie psychologique. Les troubles de la personnalité, dont les troubles limites, outre

des symptômes comportementaux souvent très saillants, sont en quelque sorte des troubles de la relation à soi et aux autres, chose sur laquelle les auteurs psychodynamiques ont insisté dès le début (Gunderson et Signer, 1975 ; Kernberg, 1975 ; Knight, 1953 ; Masterson et Rinsley, 1975). Or, ceci, des modèles de traitement non psychodynamiques comme ceux de Beck, Linehan et Young l'ont certes assimilé. Mais outre ce rapprochement, nous croyons que la psychanalyse en général, et le modèle de traitement de Kernberg en particulier, ont un point de vue différent sur la pathologie de la relation à soi et à l'autre en ceci qu'ils la situent dans le cadre général d'une théorie des relations d'objet. Plus précisément, nous voyons trois différences principales entre le concept psychanalytique de relations d'objet et les concepts plus récents de schémas relationnels. D'abord, la psychodynamique conçoit les relations d'objet comme des structures profondes inconscientes qui organisent et motivent les comportements relationnels. On doit comprendre le qualificatif inconscient de deux façons (il s'agit en fait d'un continuum). D'abord, inconscient au sens de préconscient, c'est-à-dire de quelque chose qui n'est pas présent à la conscience au moment où il s'active, mais que rien n'empêche de devenir conscient : il s'agit de l'inconscient cognitif, celui des automatismes et des processus compilés par répétition et apprentissage ; les représentations de ce type sont reconnues et acceptées par les modèles de traitement cognitifs-comportementaux. Mais, et il s'agit là d'une spécificité psychodynamique, on doit aussi entendre dans le qualificatif inconscient le fait qu'une force s'oppose à l'accession à la conscience de certaines représentations de relations d'objet et ce, par l'action de mécanismes de défense (dénégation, refoulement, identification projective, etc.). Cette forme d'inconscient dit *dynamique* doit donc être distinguée, de l'inconscient des automatismes et des processus cognitifs compilés qui peuvent être assez facilement ressentis et décrits par le sujet du moment qu'il y prête attention. Ces relations d'objet inconscientes sont donc inaccessibles au sujet, et le questionnement direct risque de ne rejoindre que les représentations défensives qui masquent plus qu'elles ne révèlent le monde objectal du sujet. Ces relations d'objet activement dissimulées sont le point de mire de la pratique psychodynamique et psychanalytique. Par opposition, les schémas relationnels, comme les conçoivent la psychologie sociale et cognitive et la psychologie cognitive-comportementale, sont accessibles à la conscience du sujet en ce sens que même s'il sont devenus automatiques et qu'ils s'activent indépendamment de la volonté du sujet, aucune force inconsciente ne s'oppose à leur accès à la conscience, aucun dynamisme psychique inconscient ne les dissimule ou ne les transforme pour qu'ils échappent à la conscience et à la réflexion du sujet.

Deuxième différence entre les relations d'objet et les schémas relationnels : les relations d'objet sont prises en charge par les pulsions et les affects. La relation entre les pulsions et les représentations d'objet est complexe, et Kernberg (1992) en a proposé une rethéorisation très intéressante, mais sur laquelle nous ne pouvons nous étendre ici. Qu'il suffise de dire que les pulsions libidinales et agressives sont conçues comme des dynamismes primaires et non comme des réactions à l'environnement, et que non seulement elles peuvent déclencher l'activation des relations d'objet (et vice versa), mais qu'elles les façonnent aussi et ce, souvent au détriment de la réalité actuelle ou historique du sujet. Les pulsions s'activent et prennent en charge les représentations objectales du sujet et les transforment par l'activité fantasmatique, ce qui risque souvent de transformer les perceptions et les souvenirs, en plus d'enclencher des mécanismes de défense afin de protéger le sujet de l'émergence à la conscience de contenus conflictuels. Cette dynamique pulsionnelle, qui est croyons-nous aussi centrale au modèle de Kernberg que le concept de relation d'objet, ne se retrouve dans aucun des modèles cognitifs-comportementaux des troubles de la personnalité. Elle est au fondement de la compréhension et de la clinique psychodynamique de plusieurs comportements troublants souvent observés dans les troubles graves de la personnalité, comme le sadisme, la perversion, la passivité auto-destructrice, etc (Kernberg 1992). Enfin, troisième distinction, les relations d'objet ont des rapports dynamiques les unes avec les autres, et ceci, essentiellement à des fins défensives. En fait, très souvent on observe une superposition de deux ou parfois même trois relations d'objet, la relation d'objet la plus accessible à la conscience étant une défense contre la mise au jour d'une autre plus profonde et plus conflictuelle. Ainsi, on observera souvent au cours d'une thérapie psychodynamique qu'une relation d'objet activée dans la relation thérapeutique peut en recouvrir une autre avec laquelle le sujet est moins à l'aise ; par exemple, le fait de traiter son thérapeute avec déférence et beaucoup de politesse pourra cacher une relation d'objet où un sujet envieux méprise son thérapeute.

En tant que modèle psychodynamique contemporain, le modèle de Kernberg diverge donc des modèles cognitifs-comportementaux quant aux processus psychologiques qui déterminent les comportements relationnels. Plus encore, cette divergence profonde, qui signe presque l'identité de la psychodynamique par rapport aux autres modèles, est probablement aussi le point de démarcation le plus fort au plan de l'intervention clinique. En effet, le modèle de Kernberg est bien nommé *Transference-focused therapy (TFP)*, car il engage le thérapeute à consacrer le meilleur de ses énergies à analyser la relation transférentielle,

celle-ci étant le lieu où les relations d'objet du patient s'activent et deviennent ainsi analysables. Les relations dites extra-transférentielles tirent surtout leur intérêt en ceci qu'elles peuvent, par projection et déplacement essentiellement, servir de mise en scène à des relations d'objet du patient; le travail du thérapeute consistera à recentrer l'attention du patient sur les manifestations transférentielles de ces relations d'objet, ceci afin d'en faciliter l'analyse (Diguer, 2005). De plus, ces relations d'objet sont entendues comme des structures superposées dont l'analyse chemine des plus superficielles aux plus profondes, en tenant compte des conflits et des contradictions qu'il y a entre elles, ainsi que des défenses qui s'activent pour les dissimuler à la conscience du sujet. Du côté des modèles cognitifs-comportementaux, le travail de la relation thérapeutique n'est pas la priorité; de plus, ce travail ne tient pas compte des défenses inconscientes qui, pour la psychodynamique, déforment les manifestations objectales, parfois jusqu'à les rendre méconnaissables.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette conception psychodynamique des relations d'objet et ses conséquences sur le travail psychothérapeutique. Tant de critiques de la psychodynamique et de la psychanalyse reposent sur une profonde méconnaissance de celles-ci. Ainsi en va-t-il par exemple de l'impression erronée qu'il s'agit de méthodes d'exploration verbale et intellectuelle du passé du sujet. Au contraire, si une méthode psychothérapeutique actuelle se concentre sur l'activation totale dans l'ici et maintenant des structures psychiques du sujet en thérapie, c'est bien la psychodynamique, et à cet égard le protocole de Kernberg est peut-être celui qui récemment a su montrer le plus clairement que l'identité de la psychodynamique, voire de la psychanalyse, réside dans cette primauté du travail du transfert, les autres processus thérapeutiques (dont l'analyse historique, le support de l'expression, voire le cadre thérapeutique) trouvant leur pertinence dans leur rapport subordonné à cet objectif central. Une littérature contemporaine assez volumineuse abonde d'ailleurs en ce sens, montrant que le travail psychodynamique du transfert est cohérent avec un ensemble de connaissances actuelles en psychologie et en neurosciences sur la cognition, et qu'il consiste en fait en l'exploration de connaissances implicites, qu'elles soient procédurales ou déclaratives, et en leur transformation en connaissances non procédurales et explicites, ou déclaratives, afin d'en redonner le contrôle au sujet et de pouvoir les modifier. Par conséquent, la seule manière de vraiment comprendre ce qui se passe dans l'esprit du patient, et d'avoir accès à ses expériences vécues, est par l'attention portée au transfert (Fonagy, 1999). L'essentiel du travail thérapeutique consiste donc à élaborer consciemment ces structures relationnelles

implicites (et surtout procédurales), d'une manière significative au plan affectif (Diguer, 2005). Pour Fonagy (1999), ces considérations montrent bien la futilité de s'intéresser à la mise au jour des souvenirs de l'enfance, particulièrement chez les individus victimes de traumatismes en bas âge, qui présentent des perturbations des processus d'encodage et de mémorisation (Fonagy, 1995 ; Fonagy et Target, 1996 ; Target et Fonagy, 1996). On assiste ainsi à un renversement de situation : la psychanalyse, à qui on a souvent reproché de porter trop d'attention aux événements du passé, est en fait depuis longtemps (le concept freudien de réalité psychique) résolument tournée vers une analyse approfondie de l'ici et maintenant, alors que les approches cognitives-comportementales semblent accorder de plus en plus d'importance à la réalité « historique » passée. Par exemple, l'approche centrée sur les schémas de Young (Young et al., 2003) insiste sur l'impact des événements traumatiques de l'enfance dans le développement des schémas dysfonctionnels, en soutenant que les souvenirs rapportés par le patient ont une validité historique et que les patients sont presque toujours dans le vrai lorsqu'ils parlent du climat émotionnel et de la manière dont ils ont été traités (Young et al., 2003, 8). Ce point de vue néglige non seulement les considérations mentionnées plus haut, mais également les déformations défensives (par les souhaits, les fantasmes, etc.) qui peuvent contribuer à moduler les modèles relationnels procéduraux inconscients (Fonagy, 1999).

### **L'évaluation empirique des relations d'objet**

Cette compréhension du modèle de Kernberg et de ses rapports avec d'autres modèles nous a conduit à vouloir développer une méthode d'évaluation empirique des relations d'objet afin de tenter de mieux saisir les processus thérapeutiques et leurs effets dans le traitement des troubles graves de la personnalité. Nous avons développé une méthode, le *Object Relations Rating Scale* (ORRS ; Échelle de mesure des relations d'objet [EMRO], Diguer 2001), que nous présentons ici. Auparavant, nous croyons utile de situer cette méthode par rapport à d'autres.

Diguer et al. (1997) et Huprich et Greenberg (2003) ont recensé les mesures empiriques des relations d'objet développées dans les années 90, en rapportant les qualités métrologiques (validité et fidélité) pour chacune d'entre elles. Depuis, des progrès ont été faits, soit parce que de nouvelles mesures ont été développées, soit parce que des mesures existantes ont été améliorées ou ont vu leur validité confortée. Nous référons le lecteur à ces recensions pour ce qui est des résultats antérieurs à 1997, et nous proposons ici un survol des principaux développements depuis cette publication.



L'*Object Relation Inventory* (Blatt et al., 1992) et le *Assessment of Self-Descriptions* (Blatt et al., 1993) sont des protocoles qui permettent d'obtenir des descriptions de soi et des autres et de les coter en fonction de leur niveau de développement. Ces méthodes n'ont pas connu de développements ni d'ajouts importants depuis la fin des années 90. Notons toutefois que Diguier et al. (2004) ont observé des différences entre les organisations de la personnalité névrotiques, limites et psychotiques relativement à l'intégration et à la valence affective des objets ; on observe aussi que les représentations de soi et d'objet sont étroitement liées, les premières semblant d'ailleurs déterminer les secondes.

Le *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT ; Luborsky, 1998) a été utilisé dans de nombreuses recherches, surtout aux États-Unis et en Allemagne. Le CCRT procède par l'analyse de récits d'interactions interpersonnelles. Diguier et al. (2001) ont observé que les trois organisations de la personnalité présentent plus de similarités que de différences quant aux patrons relationnels du CCRT (composés de trois éléments : désir du sujet, réponse de l'objet, réaction du sujet). On note aussi que les organisations psychotiques (ou schizoïdes, schizotypiques et paranoïdes, utilisant ici la classification de Bergeret [1974]) présentent les profils de réponses les plus plats, les plus simples et ceux dont la valence est la moins négative. Il nous semble remarquable que, malgré un contexte et des préoccupations différentes, Luborsky ait élaboré un modèle de relations d'objet qui est fondamentalement compatible avec celui de Kernberg en ce sens qu'il comprend une description d'un sujet, d'un objet avec lequel il est en interaction, et d'un désir qui les lie. De plus, Luborsky conçoit lui aussi les patrons objectaux comme des structures complexes qui comprennent plusieurs niveaux ; ainsi une relation d'objet peut en recouvrir une autre qui est plus profonde et doit être inférée par le coteur. Le travail de Luborsky a montré qu'une approche empirique des relations d'objet était possible sans trahir ni le concept psychodynamique ni la démarche empirique.

Le *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS ; Westen, 1995 ; Hilsenroth et al., 2004) est une autre mesure d'analyse narrative ; elle comprend huit échelles qui portent sur autant de dimensions affectives et cognitives des relations d'objet. Le SCORS a été utilisé par plusieurs chercheurs depuis 1997, les qualités métrologiques de l'instrument sont très bonnes (Peters et al., 2006), et les champs d'applications nombreux, en particulier en ce qui concerne les caractéristiques pathologiques ou personnologiques de patients (Ackerman et al., 1999 ; Callahan et al., 2003 ; Tramantano et al., 2003).



Depuis la recension de Diguier et al. (1997), quelques autres mesures empiriques ont été développées. Nous souhaitons maintenant présenter rapidement quelques-unes de ces mesures, soit celles qui nous semblent les plus prometteuses. Compte tenu de l'espace qui nous est imparti, nous devons nous restreindre aux mesures dites non projectives par opposition aux mesures fondées sur des protocoles comme le Rorschach ou le TAT par exemple. Le lecteur intéressé par les mesures projectives aura profit à consulter la recension de Hilsenroth et al. (2004). Mais il faut bien dire que dans le fond, toutes les mesures de relations d'objet procèdent par l'exploration des projections du sujet. En fait, il ne saurait en être autrement puisque, car comme nous l'avons expliqué, les relations d'objet sont par définition inaccessibles à l'observation directe ; il faut donc demander au sujet de mettre en scène, à partir d'un matériel quelconque, son monde objectal, autrement dit de le projeter sur un matériel, que ce soit sur un récit d'une interaction interpersonnelle ou sur la description d'une personne ou de soi. Ce matériel doit ensuite être analysé par une de ces mesures afin d'en extraire les composantes objectales du sujet.

Le *Operationalized Psychodynamic Diagnostics* (OPD ; OPD Task Force, 2001) est un système d'évaluation psychologique qui se présente comme une option psychodynamique alternative au DSM. Le OPD repose sur les observations et le jugement clinique d'un évaluateur. Il comprend cinq axes : expérience de la maladie, relations interpersonnelles, conflits, structure psychique et troubles psychologiques et psychosomatiques. La cotation du deuxième axe s'appuie à la fois sur les récits relationnels rapportés par le patient et sur les observations de l'évaluateur quant à son interaction avec le patient. L'évaluateur doit synthétiser les informations provenant de différentes perspectives (par exemple, comment le client se perçoit en interaction, comment les autres — incluant l'évaluateur — se sentent en interaction avec le patient) afin d'identifier, parmi une série d'items, ceux qui décrivent le mieux le style interactionnel du patient. Certaines dimensions de l'axe IV (structure de la personnalité) peuvent également fournir certaines informations quant aux relations objectales (*Object-perception*, *Communication* et *Attachment*). Il semble par conséquent y avoir une dispersion, à l'intérieur de différents axes et dimensions, des informations sur les relations objectales, ce qui rend difficile l'obtention d'un portrait clair et systématique des enjeux objectaux d'un individu. Le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM ; PDM Task Force, éd., 2006) est un autre système multiaxial intéressant, apparenté à l'OPD, et dont l'axe *Mental functioning* comporte une catégorie sur les capacités relationnelles. Toutefois, ces capacités relationnelles ne correspondent pas tout à fait à

ce que l'on entend par relations d'objet, et, tout comme le OPD, certains aspects des relations d'objet sont dispersés dans d'autres catégories (représentations internes des objets, intégration de ces dernières par exemple). De plus, le PDM n'offre pas encore de classification opérationnelle et une mesure empirique correspondante de ces capacités relationnelles.

Le *Personality Organization Diagnostic Form* (PODF; Diguier et al., 2001) est un système d'évaluation de l'organisation de la personnalité et de ses principales dimensions. Il prend appui sur le modèle de Kernberg, auquel il intègre quelques contributions d'autres analystes comme Bergeret (1974) et Mahler (Mahler et al., 1975). La cotation du PODF a été détaillée dans un manuel très précis (Diguier et al., 2006) ; il peut être coté à partir de récits d'interactions interpersonnelles, de descriptions de soi et des autres, mais aussi de matériel clinique divers comme des notes d'entrevue ou des évaluations psychologiques. Il comprend cinq dimensions : Constitution de l'identité (intégration vs diffusion), Défenses primitives, Défenses matures, Contact avec la réalité et Relations d'objet. Cette cinquième dimension comprend cinq niveaux : symbiotique, limite de bas niveau avec peur de l'objet, limite de bas niveau avec exploitation et contrôle de l'objet, limite de haut niveau avec peur de l'abandon, et névrotique. Hébert et al. (2003) ont montré que la première version de la mesure avait de très bonnes qualités métrologiques. Gamache et al. (2007) ont observé la qualité métrologique (fidélité interjuges, validité convergente et de construit) encore très bonne d'une version légèrement modifiée (celle de 2001) afin de mieux rendre compte du fonctionnement névrotique. De plus, plusieurs études ont montré la pertinence de cette mesure dans l'étude de l'organisation de la personnalité (Diguier et al., 2001 ; 2004), de la santé mentale et des théories de la personnalité (Laverdière et al., sous presse), de l'adaptation (Daoust, 2003), dans le traitement de pédophiles (Larochelle et al., 2005) et en psychologie du sport (Hébert et al., 2005). L'ensemble des travaux sur le PODF a démontré la validité d'une approche empirique dans l'étude de l'organisation de la personnalité et de ses dimensions, en plus de mettre en évidence les liens entre ces dimensions et d'autres construits relatifs à la personnalité et au traitement psychologique de celle-ci.

### ***Le Object Relations Rating Scale***

Le *Object Relations Rating Scale* (ORRS ; Échelle de mesure des relations d'objet [EMRO], Diguier, 2001) est différent des autres mesures sur au moins trois plans. D'abord, il ne procède pas par l'analyse

d'un contenu verbal qui rend compte d'épisodes relationnels sensés être des représentations de schémas de relations d'objet. Il procède plutôt par l'analyse attentive de l'ensemble du comportement, qu'il soit verbal, comme les autres mesures, ou non verbal : soit le verbal non sémantique (ton, modalité de la voix, prosodie...), la gestuelle et les attitudes, etc. De plus, l'ORRS a été conçu et développé afin d'analyser les comportements du sujet en interaction, soit les comportements actifs, et non le rappel ou la représentation plus ou moins narrative et langagière que s'en fait le sujet. Enfin, autre particularité, l'ORRS ne conçoit pas les relations d'objet d'un sujet alors que celui-ci n'est pas en interaction avec un interlocuteur. Prenant profondément parti pour les théories objectales qui situent toute l'activité psychologique humaine, depuis ses débuts, dans une incessante dynamique d'interaction avec l'autre, l'ORRS porte non sur le sujet isolé mais sur l'ensemble de l'interaction de ce sujet avec un autre sujet, lesquels sujets sont généralement un patient et son thérapeute. En fait, et cela traduit bien la filiation de l'ORRS avec le modèle de Kernberg, cet instrument porte précisément sur une dyade objectale, exactement comme la conçoit Kernberg (1980 ; Clarkin et al., 2006), soit une représentation de soi en interaction avec une représentation de l'objet, les deux étant liées par un affect.

Pour essentiellement les mêmes raisons, l'ORRS se démarque aussi nettement des mesures de transfert ou de processus thérapeutiques auxquels il est apparenté. Dans la lignée du travail de pionnier de Luborsky et Graff (1977), l'essentiel du travail empirique sur le transfert a été réalisé à l'aide d'échelles visant à quantifier l'ampleur du transfert (Arachtingi et Lichtenberg, 1999 ; Gelso et al., 1991 ; Gelso et al., 1997 ; Multon et al., 1996). D'autres méthodes s'intéressent au contenu de l'interaction. Ainsi, le QUAINT (Quantitative Assessment of Interpersonal Themes ; Crits-Christoph et al., 1990) a été utilisé pour codifier les CCRT des patients, et l'analyse de *cluster* a ensuite servi à regrouper les profils issus de différents récits selon leur ressemblance, afin d'extraire des patrons généraux (Connolly et al., 1996 ; Connolly et al., 2000). Drew Westen a également développé des instruments pour évaluer les manifestations transférentielles et contre-transférentielles, soit le *Psychotherapy Relationship Questionnaire* (PRQ ; Bradley et al., 2005) et le *Countertransference Questionnaire* (CQ ; Betan et al., 2005). Ces grilles peuvent être cotées à la fois par les thérapeutes ou par des observateurs. Elles contiennent respectivement 90 et 79 items qui portent sur des comportements observables ou très près de l'expérience subjective. Une des premières mesures du contre-transfert a été le *Countertransference Factors Inventory* (CFI ; Hayes et al., 1991 ; Van Wagoner et al., 1991) ; coté par un observateur, il couvre cinq attributs

personnels qui devraient aider le thérapeute à gérer ses réactions (Gelso et al., 2002). Friedman et Gelso ont développé le *Inventory of Counter-transference Behavior* qui consiste en 32 items cotés par des observateurs ; les items, utilisés par Ligiéro et Gelso (2002) et par Mohr et al. (2005), portent sur la sur-implication ou le désinvestissement du thérapeute. Enfin, Lina Normandin s'est intéressée au fonctionnement mental des thérapeutes (Normandin et Bouchard, 1993). Une étude ayant appliqué cette grille aux notes prises par les cliniciens nous informe que le genre et l'expérience des thérapeutes ont une influence sur le type de fonctionnement mental (réflexif, rationnel ou réactif ; Lecours et al., 1995). D'autres travaux sur cette grille sont en cours.

Il ressort de ce survol que les mesures du transfert et du contre-transfert (outre le ORRS) se centrent exclusivement sur un seul des deux partenaires de la relation thérapeutique. Pour le transfert, ça peut sembler aller de soi, mais pour le contre-transfert, ce postulat est plus épineux. En effet, pour le contre-transfert, un certain courant de théorisation et de recherche met de l'avant une définition du contre-transfert dite étroite, qui ne prend en compte que les fixations et les conflits inconscients du thérapeute. Ainsi, certains comme Hayes et Gelso refusent de reconnaître que les réactions du thérapeute peuvent être activées par le patient. Toutefois, d'autres élaborations insistent sur cet aspect, d'où une définition plus large du contre-transfert (voir Gabbard, 2005). En revanche, en accord avec les conceptions modernes de la *two-person psychology*, l'ORRS vise à décrire et à détailler le rapport actualisé par les deux partenaires. Ainsi, le déploiement d'une relation d'objet où le thérapeute est amené à se comporter selon le rôle qui lui est proposé permet de donner corps aux représentations implicites du patient et, par la suite, le contenu déclaratif et symbolique qui sera véhiculé par l'interprétation du thérapeute pourra être associé à ce qui a été éprouvé dans l'ici et maintenant de l'interaction thérapeutique. Ainsi, l'ORRS détaille à la fois l'intensité de l'activation de la dyade, sa valence positive ou négative, ses caractéristiques structurales (clivage), et le contenu, ordonné selon les phases développementales.

### **Description de l'ORRS et de sa cotation**

L'ORRS peut être coté à partir d'entrevues de psychothérapie ou d'évaluation clinique. La première étape de la cotation de l'ORRS consiste à identifier des temps forts de l'entrevue en termes d'activité émotionnelle ou transférentielle. En effet, l'ORRS est appliqué sur des extraits d'entrevue où il y a activation d'une dynamique relationnelle ; on comprendra cette condition à la lumière de notre commentaire précédent sur le fait que l'ORRS porte sur des manifestations actuelles (et

non remémorées et narrativisées) de l'activation de relations d'objet. Pour ce faire, un enregistrement vidéo d'une entrevue est d'abord segmenté en extraits de cinq minutes. Chaque extrait est ensuite coté à partir de deux échelles ordinales en cinq points, soit une développée par nous, et qui porte sur les manifestations affectives ou émotionnelles, et une autre, développée par Luborsky et al. (1973), qui porte sur les manifestations transférentielles. La seconde échelle a été ajoutée afin de pouvoir inclure des activations objectales qui n'évoquent pas de réactions émotionnelles très perceptibles chez le patient où le thérapeute, comme des relations d'objet marquées par l'indifférence, la froideur ou la sourde méfiance, par exemple. Le ou les deux extraits les plus actifs de l'entrevue sont alors retenus pour la cotation. Ils sont ensuite allongés, cinq minutes avant et après, afin de durer 15 minutes, segment jugé assez long pour permettre une bonne cotation. Le lecteur intéressé peut consulter le manuel de cotation de l'ORRS (Gamache et al., 2004), disponible auprès du premier auteur de cet article.

L'étape suivante consiste à décrire très brièvement l'interaction entre le patient et le thérapeute en termes de rôles joués par l'un et par l'autre. Par exemple : un patient détendu et confiant en relation avec un thérapeute attentif et serein ; ou encore, un patient confus et agité en relation avec un thérapeute silencieux. Cette description de l'interaction a été rendue nécessaire compte tenu de la fréquente superposition de dyades objectales. En effet, et comme nous l'avons brièvement expliqué auparavant, il est possible, voire très courant, que plus d'une dyade objectale soit activée en même temps, l'une, souvent plus apparente, ayant une fonction défensive à l'égard d'une autre habituellement plus discrète. Or, il n'est pas toujours facile de dire laquelle de ces deux, voire trois dyades est la plus apparente, et cette difficulté fait chuter la fidélité interjuges des échelles de l'ORRS. Au cours d'expériences pilotes sur le développement de l'ORRS, nous avons en effet observé que la fidélité interjuges des échelles était parfois très faible parce que les coteurs ne cotaient pas l'interaction au même niveau. Nous ne souhaitons pas biffer cette caractéristique complexe des phénomènes qui nous intéressent ; nous avons plutôt choisi d'adapter notre méthode pour en tenir compte. Deux conséquences sur l'ORRS en ont découlé. Premièrement, nous avons ajouté cette étape préliminaire à la cotation où les coteurs de l'ORRS doivent s'entendre sur l'interaction principale et la plus manifeste à coter. Concrètement, les coteurs visionnent les extraits et s'entendent sur une très brève description de la dyade la plus manifeste et ce, sans faire mention des échelles de l'ORRS. La deuxième conséquence consiste à coter les *x* dyades de chaque extrait d'entrevue ; en effet, chaque coteur doit coter indépendamment des

autres les huit échelles de l'ORRS pour la première dyade dite la plus manifeste, puis chaque coteur doit juger si l'interaction est complexe, au sens où elle comprend plusieurs dyades activées simultanément, et, le cas échéant, il doit coter les autres dyades avec les mêmes huit échelles.

L'ORRS comprend huit échelles (figure 1). Les trois premières se concentrent sur l'activité d'un des sujets, identifié ici comme le patient puisque l'ORRS a été développé pour servir essentiellement dans un contexte clinique ou, à tout le moins, dans un contexte d'interaction humaine véritable. Le degré d'activation (échelle a) rend compte du degré avec lequel la dyade est manifeste chez le patient (Figure 1). Le degré d'intégration (échelle b) est une mesure du caractère plus ou moins clivé du rôle objectal activé chez le patient, le clivage étant entendu ici dans le sens pleinement psychodynamique, tel que Klein et Kernberg l'ont défini. L'échelle c mesure le degré avec lequel le patient est conscient de la dyade objectale dans laquelle il est engagé ; l'ORRS tente ici de capter une part de l'activité réflexive et cognitive du sujet. Bref, du côté du patient, une dyade peut donc être fortement ou faiblement activée dans ses manifestations, elle peut être plus ou moins clivée, et le patient peut être plus ou moins conscient de la dynamique relationnelle dans laquelle il est plongé. Les deux échelles suivantes sont focalisées sur l'autre sujet, soit le thérapeute. D'abord, l'échelle d, semblable à l'échelle a, porte sur le degré de manifestation de la dyade mais cette fois, chez le thérapeute. L'échelle e rend compte du degré de profondeur de l'intervention du thérapeute, et ce, selon la classification d'interventions de Kernberg (Clarkin et al., 2006). Cette dernière échelle est la réciproque de l'échelle c (degré de conscience du patient) ; le degré de conscience du thérapeute est difficile à évaluer compte tenu du fait que celui-ci ne s'exprime pas sur ce qu'il vit durant l'interaction ; mais ses interventions peuvent être tenues comme des manifestations de la qualité de son travail réflexif.

Les trois dernières échelles portent sur l'interaction considérée comme un tout organisé (une Gestalt). L'échelle f est une échelle ordinale où le coteur doit indiquer de quel type de dyade il s'agit, compte tenu de la classification de Kernberg : l'organisation psychotique, ou limite de bas niveau (avec les sous-types schizotypique, schizoïde et paranoïde), l'organisation limite (avec les sous-types psychopathe, narcissique malin, narcissique, limite, dépendant et histrionique) et l'organisation névrotique (avec les sous-types dépressif-masochiste, obsessionnel et hystérique). L'échelle g rend compte du degré d'oscillation de la dyade, à savoir le fait que les deux personnes en interaction peuvent s'échanger les rôles objectaux ; par exemple, une dyade qui représente une personne malhabile en relation avec une

Figure 1

### Feuille de cotation du Object Relations Rating Scale (Diguer, 2001).

Laboratoire de recherche en personnalité et psychopathologie,  
Université Laval © 2001

Participant : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Séance : \_\_\_\_\_ Segment : \_\_\_\_\_

*Instructions : Indiquez le score pour chaque item en fonction des dyades activées dans le segment.*

Première dyade		
Patient	Dyade	Thérapeute
(a) Degré d'activation 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	Description de la dyade activée	(d) Degré d'activation 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
(b) Degré d'intégration 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	(f) Type de dyade *	(e) Profondeur de l'interprétation 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
(c) Conscience de soi/réflexivité 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	(g) Degré d'oscillation de la dyade 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
	(h) Valence affective Agressive Libidinale 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Deuxième dyade		
(a) Degré d'activation 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	Description de la dyade activée	(d) Degré d'activation 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
(b) Degré d'intégration 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	(f) Type de dyade *	(e) Profondeur de l'interprétation 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
(c) Conscience de soi/réflexivité 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	(g) Degré d'oscillation de la dyade 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
	(h) Valence affective Agressive Libidinale 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	

**\* Types de dyades :**

- 3 : Névrotiques : 3.1 Hystérique 3.2 Obsessionnel 3.3 Dépressif-masochiste  
2 : Limites : 2.1 Dépendant 2.2 Histrionique 2.3. Sadomasochiste 2.4. Narcissique 2.5 Limite  
2.6. Narcissique malin ou psychopathique  
1 : Psychotiques : 1.1 Paranoïde 1.2 Schizoïde 1.3 : Schizotypique

personne omnipotente peut osciller en ce sens que tantôt les deux rôles seront joués respectivement par le patient et le thérapeute, alors qu'à un autre moment, ils seront joués respectivement par le thérapeute et le patient. L'observation clinique, particulièrement des troubles graves de la personnalité, dont les troubles limites les plus instables, a bien mis en



évidence ce mécanisme habituellement très courant au début du traitement (Clarkin et al., 2006). Enfin, la dernière échelle, l'échelle h, porte sur la valence affective de la dyade. Le coteur doit juger sur une échelle agression-libido, la qualité de la charge affective déployée dans la dyade, une cote médiane indiquant une valence neutre.

Ainsi, par exemple, un segment d'une entrevue pourra montrer un patient peu loquace, qui regarde peu son thérapeute, parle de façon évasive, et semble plutôt hostile ; en contrepartie, le thérapeute pose de nombreuses questions et semble très actif cognitivement. La brève description de l'interaction à formuler pour l'ORRS pourra être : un patient fermé et peu loquace avec un thérapeute qui le questionne, voire l'interroge ; cette brève description isole le niveau d'interaction objectale à coter, en en disant le moins possible sur les dimensions à coter sur les échelles. Il est très difficile de donner ici un exemple significatif de la cotation de l'ORRS tant cet instrument repose vraiment sur le visionnement de l'interaction afin de tenir compte de tout l'ensemble du comportement, qu'il soit verbal ou non verbal. Mais poursuivons tout de même en indiquant qu'une telle interaction pourrait avoir les cotes suivantes : a) Degré d'activation du patient : 6. d) Degré d'activation du thérapeute : 6. Ces deux cotes rendent compte du fait que la dyade objectale est très manifeste tant chez le patient que chez le thérapeute et qu'elle demande très peu d'inférences de la part des coteurs. b) Degré d'intégration du patient : 2. Cette cote faible montre le caractère clivé, en termes kleinien, du rôle objectal personnifié par le patient. En effet, il règne un climat négatif, un climat d'hostilité qui ne comporte pas d'affects plus positifs qui nuanceraient l'ambiance affective de l'interaction. c) Conscience de soi/réflexivité du patient : 2. e) Profondeur de l'interprétation : 2. Cette cote faible à l'échelle c traduit le fait que le patient ne donne pas de signes qu'il est conscient de la dynamique relationnelle activée entre lui et son thérapeute ; le client ne s'arrête pas pour observer l'interaction, se questionner sur celle-ci et sur ce qui peut la motiver. Réciproquement, l'échelle e rend compte de la capacité du thérapeute de percevoir et d'analyser cette dyade objectale à laquelle il participe. Dans ce cas, le thérapeute n'interprète pas cette interaction et s'en tient aux éclaircissements et confrontations ; pour cela il obtient ici lui aussi une cote faible. f) Type de dyade : Paranoïde. Cette hostilité fermée face au questionnement insistant prend des allures d'interrogatoire. On voit ici que l'ORRS ne met pas l'accent sur un des deux protagonistes, il analyse l'interaction transférentielle-contre-transférentielle dans son ensemble, telle un système dynamique. g) Degré d'oscillation : 1. Une très faible oscillation indique que chaque protagoniste demeure dans son rôle objectal, autrement dit, que les rôles de

la dyade ne sont pas assumés à tour de rôle par le patient et le thérapeute. h) Valence affective (agressive — libidinale): 2. Cette cote est ici nettement du côté agressif du continuum de valence affective, et elle montre ainsi que l'investissement pulsionnel de la dyade est essentiellement agressif.

### **La fidélité interjuges et corrélations internes de l'*Object Relation Rating Scale***

Nous souhaitons rapporter ici quelques résultats sur la mesure, soit la fidélité interjuges de l'ORRS et les corrélations entre ses échelles.

### **Méthode**

Participants: Quarante clients (26 femmes, 14 hommes) du Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval ont consenti à participer à cette étude. Ces clients étaient, au moment de la collecte de données, ou bien en début de psychothérapie ou en processus d'évaluation psychologique. Ils ont accepté de participer à une étude sur les relations interpersonnelles et la personnalité. La présente étude est incluse dans une étude plus large sur les relations d'objet et l'organisation de la personnalité (Diguier et al., 2005 ; en prép.). L'âge moyen des participants était de 36 ans (é.-t. = 11), la durée de la scolarité de 14,5 ans (é.-t. = 2,56) et le salaire moyen était de 14 000 \$ (é.-t. = 8000). Un peu plus du quart d'entre eux (29 %) vivaient avec un partenaire. Un quart des participants (26 %) étaient aux études, 40 % au travail, 16 % étaient à la retraite ou restaient à la maison, alors que 18 % vivaient de prestations sociales. L'évaluation de l'axe I du DSM-IV a révélé les prévalences suivantes : troubles de l'humeur (56 %), troubles anxieux (41 %), troubles alimentaires (8 %), symptômes psychotiques antérieurs (13 %). Soixante-deux pour-cent des participants présentaient au moins un trouble de la personnalité selon l'axe II du DSM-IV : cluster A (41 %), cluster B (26 %) et cluster C (26 %) (le total dépasse 62 % en raison de la comorbidité). Dans l'ensemble, 80 % des participants avaient au moins un trouble sur un des deux premiers axes du DSM-IV. Pour chaque participant, nous disposions d'une séance enregistrée, qu'il s'agisse de séances d'évaluation ou de psychothérapie dynamique.

Procédure : Les participants ont d'abord été évalués avec les SCID-I (version abrégée) (First et al., 1997) et SCID-II (First et al., 1997) du DSM-IV par des psychologues ou des étudiants gradués en psychologie sous supervision. Ces entrevues ont été enregistrées et les résultats sur les troubles des axes I et II ont été révisés et discutés avec au moins un

autre évaluateur pour assurer leur validité. Les participants ont ensuite participé aux entrevues d'évaluation clinique de type psychodynamique qui visent à élucider le motif de consultation, à explorer l'histoire des difficultés du sujet, l'histoire de la vie affective, ses motivations à consulter, ses attentes et sa dynamique relationnelle. L'ORRS a été appliqué ou bien à ces entrevues d'évaluation, ou bien encore aux premières entrevues de psychothérapie. Les trois étapes de la cotation de l'ORRS ont été suivies : 1. segmentation des enregistrements et cotation des échelles d'activation émotionnelle et transférentielle (trois coteurs indépendants), 2. brève description de la dyade de premier niveau et 3. cotation des huit échelles de l'ORRS. Deux étudiants au doctorat en psychologie ayant une expérience clinique de plus de deux ans ont coté le ORRS indépendamment l'un de l'autre.

## **Résultats**

En tout, 391 segments de cinq minutes ont été recueillis. La fidélité interjuges des échelles d'activation émotionnelle et transférentielle a été calculée sur un échantillon aléatoire de 16 participants (40 % de l'ensemble). La corrélation intraclasse (ICC ; type 2,1) est, 81 pour l'activation émotionnelle et, 64 pour l'activation transférentielle. Selon les critères de Cicchetti et Sparrow (1981), la fidélité est excellente pour la première échelle et très bonne pour la seconde. La corrélation entre ces deux échelles est faible : ( $r [N = 391] = ,22, p = ,0001$ ), ce qui indique qu'elles mesurent des construits différents.

Des ICC (type 2,1) (tableau 1) ont été calculés sur les huit échelles de l'ORRS afin d'en estimer la fidélité interjuges ; ils varient de, 58 (échelle e) à, 86 (échelle g), avec une moyenne de, 72. Selon les critères de Cicchetti et Sparrow (1981), deux échelles présentent une fidélité moyenne (entre, 40 et, 59), deux échelles présentent une bonne fidélité (entre, 60 et, 75), alors que les quatre autres échelles présentent une excellente fidélité ( $> ,75$ ).

Le tableau 2 présente les corrélations entre les échelles de l'ORRS et les échelles d'intensité de l'affect et du transfert. On observe ainsi des corrélations modérées entre les échelles de l'ORRS, ce qui suggère que les échelles mesurent des aspects différents mais interreliés, ce qui est souhaité dans ce genre de mesure. Enfin, les corrélations de ces échelles avec les échelles d'intensité de l'affect et du transfert montrent que ces deux dernières mesurent des aspects différents, ce qui était attendu.

Tableau 1  
**Coefficients de corrélation intraclasse (ICC) pour les huit échelles  
 du Object Relations Rating Scale (ORRS) (n = 40).**

Échelle de l'ORRS	ICC
Degré d'actualisation du client	.59
Degré d'intégration du client	.76
Degré de conscience du client	.70
Type de la dyade	.71
Oscillation de la dyade	.58
Valence affective de la dyade	.77
Degré d'actualisation du thérapeute	.79
Degré de l'intervention du thérapeute	.86
Moyenne	.72

Tableau 2  
**Corrélations entre les échelles de l'Object Relations Rating Scale  
 (ORRS) et les échelles sur l'ampleur de l'affect et du transfert**

	Actpa	Integr	Consc	Type	Oscill	Valen	Actth	Profo	Affect
Actpa									
Integr	-.40*								
Consc	-.32*	.83***							
Type	-.29	.84***	.66***						
Oscill	.11	.24	.18	.25					
Valen	-.38*	.86***	.74***	.75***	.32*				
Actth	.19	.19	.03	.02	.20	.13			
Profo	.18	-.22	.04	-.03	-.14	.03	-.32*		
Affect	.24***	.02	.04	.15**	.09	.02	.06	.24***	
Transf	.46***	-.40***	-.29***	-.33***	-.15**	-.37***	-.06	.25***	.22***

*Note.* Actpa = Degré d'actualisation (patient); Integr = Degré d'intégration; Consc = Conscience de soi/réflexivité; Type = Type de dyade; Oscill = Degré d'oscillation de la dyade; Valen = Valence affective; Actth = Degré d'actualisation (thérapeute); Profo = Profondeur de l'interprétation; Affect = Ampleur de l'affect; Transf = Ampleur du transfert.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .0001$ .

## Discussion et conclusion

Le concept de relation d'objet décrit des processus psychologiques inconscients, interreliés et dynamiques. Ce concept profondément psychanalytique se situe au coeur du modèle d'intervention de Kernberg, puisque le levier thérapeutique fondamental de ce modèle est l'analyse du transfert, lequel peut être défini comme le déploiement dans la relation thérapeutique d'un complexe de relations d'objet du patient.

Bien que les relations d'objet soient inconscientes et donc difficilement observables, de nombreux efforts ont été faits afin de les appréhender de façon empirique et opérationnelle. Les mesures empiriques déjà publiées sont satisfaisantes aux plans métrologique et méthodologique. Cependant, aucune des méthodes existantes n'a réussi à intégrer les caractéristiques essentielles des relations d'objet, soit le fait qu'elles sont des représentations essentiellement procédurales, complexes (ou superposées) et globales, en ceci qu'elles déterminent l'ensemble du comportement du sujet (autant non verbal que verbal).

La méthode que nous avons développée, l'ORRS, tente de tenir compte de ces caractéristiques. Les qualités métrologiques de l'ORRS sont fort satisfaisantes : la fidélité interjuges est très bonne ou excellente selon les échelles, et les corrélations entre les échelles montrent que celles-ci reflètent des construits interreliés mais distincts. Ces résultats encourageants vont dans le sens de ceux qui ont déjà été observés à propos des autres instruments de relations d'objet ou de transfert et de contre-transfert.

Plusieurs études sur l'ORRS sont actuellement en cours, dont certaines visent à explorer comment l'organisation de la personnalité influence les dyades objectales activées dans la relation thérapeutique. Une mesure comme l'ORRS devrait aussi permettre à la recherche empirique d'aborder plus directement ce qui est censé être le coeur du processus thérapeutique défini par Kernberg. En effet, le suivi de l'évolution des dyades objectales dans le transfert, et la mise en relation de cette évolution avec les techniques thérapeutiques devraient nous permettre d'envisager empiriquement des questions essentielles sur l'évolution de ces cas et l'effet du traitement ; cette démarche s'inscrit dans une intégration des recherches d'efficacité et de processus (*outcome* et *process studies*). L'ORRS pourrait aussi servir à examiner le rôle de la dynamique relationnelle dans d'autres modalités de traitement, que ce soit en thérapie de groupe, en thérapie de soutien ou en thérapie cognitive-comportementale, permettant ainsi une étude comparée des diverses modalités d'intervention. Enfin, nous avons déjà observé que l'ORRS pouvait être très utile à la formation clinique et à la supervision,

tant il permet de focaliser l'attention des cliniciens sur la dynamique relationnelle activée dans l'interaction entre le patient et le thérapeute.

Malgré une première hésitation liée à leur caractère inconscient, il semble bien qu'une approche empirique des relations d'objet est possible, les indices métrologiques de l'ORRS et d'autres mesures objectives étant dans l'ensemble comparables à ceux d'autres mesures psychologiques. Cette ouverture empirique ne peut qu'être utile à l'avancement de nos connaissances sur les processus intrapsychiques et psychothérapiques. Elle devrait encourager la recherche sur le fonctionnement psychologique et la personnalité, en plus de permettre d'étudier le processus thérapeutique dans ce qu'il a, croyons-nous, de plus essentiel.

## Références

- ACKERMAN, S., CLEMENCE, J., WEATHERILL, R., HILSENROTH, J., 1999, Use of the TAT in the assessment of DSM-IV cluster B personality disorders, *Journal of Personality Assessment*, 73, 422-442.
- ARACHTINGI, B. M., LICHTENBERG, J. W., 1999, Self-concept and self-esteem as moderators of client transference, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 369-379.
- BERGERET, J., 1974, *La personnalité normale et pathologique*, Bordas, Paris.
- BETAN, E., HEIM, A., CONKLIN, C. Z., WESTEN, D., 2005, Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation, *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.
- BLATT, S. J., BERS, S. A., SCHAFER, C. E., 1993, *The Assessment of Self Descriptions*, Unpublished manuscript, New Haven, CT, Yale University.
- BLATT, S. J., CHEVRON, E. S., QUINLAN, D. M., SCHAFER, C. E., WEIN, S., 1992, *The Assessment of Qualitative and Structural Dimensions of Object Representations*, édition révisée (mai 1992), Manuscrit non publié, New Haven, CT, Yale University.
- BRADLEY, R., HEIM, A., WESTEN, D., 2005, Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: An empirical investigation, *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.
- CALLAHAN, K., PRICE, J., HILSENROTH, M., 2003, Psychological assessment of adult survivors of childhood sexual abuse within a naturalistic clinical sample, *Journal of Personality Assessment*, 80, 173-184.
- CICCHETTI, D. V., SPARROW, S. S., 1981, Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behaviour, *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 127-137.

- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F., 2006, *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing Inc.
- CONNOLLY, M. B., CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P., LUBORSKY, L., 2000, Transference patterns in the therapeutic relationship in supportive-expressive psychotherapy for depression, *Psychotherapy Research*, 10, 356-372.
- CONNOLLY, M. B., CRITS-CHRISTOPH, P., DEMOREST, A., AZARIAN, K., MUENZ, L., CHITTAMS, J., 1996, The varieties of transference patterns in psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1213-1221.
- CRITS-CHRISTOPH, P., DEMOREST, A., CONNOLLY, M. B., 1990, Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 513-521.
- DAOUST, J.-P., 2003, *Santé mentale et organisations de la personnalité: Étude exploratoire entre ces deux concepts*, Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec.
- DIGUER, L., 2005, Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite, *L'Évolution psychiatrique*, 70, 649-661.
- DIGUER, L., HÉBERT, É., GAMACHE, D., LAVERDIÈRE, O., DAOUST, J.-P., PELLETIER, S., 2006, *The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): Manual for Scoring*, manuscrit non publié, Université Laval, QUÉBEC.
- DIGUER, L., LAVERDIÈRE, O., GAMACHE, D., HÉBERT, É., 2005, Specificity of transference dyads among personality organizations, in Clarkin, J. F., (modérateur), *Recent Studies on Personality Organization: Transference, Self and Object Representations, Treatment Completion, and Normalcy*, Symposium présenté au congrès de la Society for Psychotherapy Research, Montréal.
- DIGUER, L., LAVERDIÈRE, O., GAMACHE, D., HÉBERT, É., en préparation, *Object Relations Among Personality Organizations*.
- DIGUER, L., LEFEBVRE, R., DRAPEAU, M., LUBORSKY, L., ROUSSEAU, J.-P., HÉBERT, É., 2001, The CCRT of psychotic, borderline and neurotic personality organizations, *Psychotherapy Research*, 11, 159-183.
- DIGUER, L., MORISSETTE, É., NORMANDIN, L., 1997, L'évaluation des relations d'objet, *Psychothérapies*, 17, 59-65.
- DIGUER, L., NORMANDIN, L., HÉBERT, É., 2001, *The Personality Organization Diagnostic Form, 2nd version (PODF)*, Manuscrit non publié, Université Laval, Québec.



- DIGUER, L., PELLETIER, S., ROUSSEAU, J.-P., DESCÔTEAUX, J., HÉBERT, É., DAOUST, J.-P., 2004, Personality organizations and self and object representations, and psychiatric severity, *Psychoanalytic Psychology*, 21, 259-275.
- FIRST, M. B., GIBBON, M., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., BENJAMIN, L. S., 1997, *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, Washington, American Psychiatric Press Inc.
- FIRST, M. B., SPITZER, R. L., GIBBON, M., WILLIAMS, J. B. W., 1997, *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, Washington, American Psychiatric Press Inc.
- FONAGY, P., 1995, Playing with reality : The development of psychic reality and its malfunction in borderline patients, *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39-44.
- FONAGY, P., 1999, Memory and therapeutic action, *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 215-223.
- FONAGY, P., TARGET, M., 1996, Playing with reality : I. Theory of mind and the normal development of psychic reality, *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-223.
- FRIEDMAN, S. M., GELSO, C. J., 2000, The development of the inventory of countertransference behaviour, *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1221-1235.
- GABBARD, G. O., 2005, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 4<sup>e</sup> éd., Washington, American Psychiatric Publishing.
- GAMACHE, D., LAVERDIÈRE, O., DIGUER, L., HÉBERT, É., 2004, *Object Relations Rating Scale (ORRS) Manual for Scoring*, Manuscrit non publié, Université Laval, Québec.
- GAMACHE, D., LAVERDIÈRE, O., DIGUER, L., HÉBERT, É., LAROCHELLE, S., DESCÔTEAUX, J., 2007, *The Personality Organisations Diagnostic Form : Psychometric Properties of a Revised Version*.
- GELSO, C.J., FASSINGER, R.E., GOMEZ, M. J., LATTS, M. G., 1995, Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management, *Journal of Counseling Psychology*, 42, 356-364.
- GELSO, C. J., HILL, C. E., KIVLIGHAN, D. M., 1991, Transference, insight, and the counselor's intentions during a counseling hour, *Journal of Counseling and Development*, 69, 428-433.

- GELSO, C. J., KIVLIGHAN, D. M., WINE, B., JONES, A., 1997, Transference, insight, and the course of time-limited therapy, *Journal of Counseling Psychology*, 44, 209-217.
- GRAFF, H., LUBORSKY, L., 1977, Long-term trends in transference and resistance: A report on a quantitative-analytic method applied to four psychoanalyses, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 471-490.
- GUNDERSON, J. G., SINGER, M. T., 1975, Defining borderline patients: An overview, *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.
- HAYES, J. A., GELSO, C. J., VAN WAGONER, S. L., DIEMER, R. A., 1991, Managing countertransference: What the experts think, *Psychological Reports*, 69, 139-148.
- HÉBERT, É., DIGUER, L., DESCÔTEAUX, J., DAOUST, J.-P., ROUSSEAU, J.-P., NORMANDIN, L., 2003, The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report on its validity and its interrater reliability, *Psychotherapy Research*, 13, 243-254.
- HÉBERT, É., DIGUER, L., GAMACHE, D., DAOUST, J.-P., 2005, Personality organization and sport psychology, in Clarkin, J.F. (modérateur), *Recent Studies on Personality Organization: Transference, Self and Object Representations, Treatment Completion, and Normalcy*, Symposium présenté au congrès de la Society for Psychotherapy Research, Montréal.
- HILSENROTH, M. J., SEGAL, D. L., HERSEN, M., 2004, Projective assessment of object relations, in Hersen, M., ed., *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, Wiley, New York, 449-465.
- HILSENROTH, M. J., STEIN, M., PINSKER, J., 2004, *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Method (SCORS-G)*, Manuscrit non publié, Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, NY.
- HUPRICH, S. K., GREENBERG, R. P., 2003, Advances in the assessment of object relations in the 1990s, *Clinical Psychology Review*, 23, 665-698.
- KERNBERG, O. F., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O. F., 1980, *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*, Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O. F., 1992, New perspectives on drive theory, in Kernberg, O.F., éd., *Aggression in Personality Disorders and Perversions*, Yale University Press, New Haven, CT, 3-20.

- KNIGHT, R., 1953, Borderline States, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- LAROCHELLE, S., DIGUER, L., GAMACHE, D., LAVERDIÈRE, O., 2005, Role of personality organization and narcissism pathology in the prediction of treatment non-completion among child molesters, in Clarkin, J. F. (modérateur), *Recent Studies on Personality Organization : Transference, Sself and Object Representations, Treatment Completion, and Normalcy*, Symposium présenté au congrès de la Society for Psychotherapy Research, Montréal.
- LAVERDIÈRE, O., GAMACHE, D., DIGUER, L., HÉBERT, É., LAROCHELLE, S., DESCÔTEAUX, J., sous presse, Personality organization, Five-Factor model, and mental health, *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- LIGIÉRO, D. P., GELSO, C. J., 2002, Countertransference, attachment, and the working alliance : The therapist's contribution, *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 39, 3-11.
- LUBORSKY, L., GRAFF, H., PULVER, S., CURTIS, H., 1973, A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference, *Archives of General Psychiatry*, 29, 69-75.
- LUBORSKY, L., 1998, A guide to the CCRT method, in Luborsky, L., Crits-Christoph, P., éd., *Understanding Transference : The Core Conflictual Relationship Theme method* (2<sup>e</sup> éd.), Washington DC, American Psychological Association, 15-42.
- MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMAN, A., 1975, *The Psychological Birth of the Human Infant : Symbiosis and Individuation*, London, Hutchison.
- MASTERSON, J. F., RINSLEY, D., 1975, The borderline syndrome : The role of the mother in the genesis and psychic structure of borderline personality, *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.
- MOHR, J. J., GELSO, C. J., HILL, C. E., 2005, Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions, *Journal of Counseling Psychology*, 52, 298-309.
- MULTON, K. D., PATTON, M. J., KIVLIGHAN, D. M. Jr., 1996, Development of the Missouri Identifying Transference Scale, *Journal of Counseling Psychology*, 43, 243-252.
- NORMANDIN L., BOUCHARD, M.-A., The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference, *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.
- OPD TASK FORCE, 2001, *Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD) – Foundations and Practical Handbook*, Hogrefe and Huber, Toronto.

- OPD TASK FORCE, 2006, *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*, Silver Spring, MD, Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- PATTON, M. J., KIVLIGHAN, D. M. JR., MULTON, K. D., 1997, The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation of changes in counseling process to client outcomes, *Journal of Counseling Psychology*, 44, 189-208.
- PETERS, E. J., HILSENROTH, M. J., EUDELL-SIMMONS, E. M., BLAGYS, M. D., HANDLER, L., 2006, Reliability and validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in clinical use, *Psychotherapy Research*, 16, 606-614.
- TARGET, M., FONAGY, P., 1996, Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective, *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-479.
- TRAMANTANO, G., JAVIER, R., COLON, M., 2003, Discriminating subgroups of borderline personality disorder: An assessment of object representations, *The American Journal of Psychoanalysis*, 63, 149-175.
- VAN WAGONER, S. L., GELSO, C. J., HAYES, J. A., DIEMER, R. A., 1991, Counter-transference and the reputedly excellent therapist, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 411-421.
- WESTEN, D., 1995, *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for Projective Stories*, Manuscript non publié, Harvard University Medical School.
- WESTEN, D., 2000, *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) Manual*, Disponible à <http://www.psychosystems.net/lab>
- WOODHOUSE, S. S., SCHLOSSER, L. Z., CROOK, R. E., LIGIÉRO, D. P., GELSO, C. J., 2003, Client attachment to therapist: Relations to transference and client recollections of parental caregiving, *Journal of Counseling Psychology*, 50, 395-408.
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E., 2003, *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York.

## ABSTRACT

### For an empirical approach to object relations

In this article, the authors address the concept of object relations and its place within psychodynamic theories regarding personality and, more specifically, in Kernberg's conceptualization of personality disorders and organization. The authors attempt to demonstrate the relevance of an empirical approach to object relations by presenting

some of the instruments that are most considered. The Object Relations Rating Scale (ORRS ; Diguer, 2001), a new assessment instrument that is different from the others in that it assesses the therapeutic interaction as a whole, and that it is coherent with Kernberg's model of intervention and considers the overall relational manifestations. Finally, the authors present satisfying metrological ratings of this new instrument.

## RESUMEN

### Por un enfoque empírico de las relaciones de objeto

En este artículo, los autores abordan el concepto de relaciones de objeto y su lugar en las teorías psicodinámicas de la personalidad, en particular, en la conceptualización de Kernberg de los trastornos y la organización de la personalidad. Enseguida intentan mostrar la pertinencia de un enfoque empírico de las relaciones de objeto, recordando algunas de las medidas consideradas como las mejores. Presentan la *Object Relations Rating Scale* (ORRS; Diguer, 2001), una nueva medida que se diferencia de las otras en lo que concierne a la interacción terapéutica en su conjunto, que es coherente con el modelo de intervención de Kernberg y que considera el conjunto de manifestaciones relacionales. Finalmente los autores presentan los índices metrológicos satisfactorios convenientes para esta nueva medida.

## RESUMO

### Em prol de uma abordagem empírica das relações de objeto

Neste artigo, os autores abordam o conceito de relações de objeto e de sua importância nas teorias psicodinâmicas da personalidade e, particularmente, na conceitualização de Kernberg dos transtornos e das organizações da personalidade. Eles tentam, em seguida, demonstrar a pertinência de uma abordagem empírica das relações de objeto lembrando algumas das medidas mais consideradas. Eles apresentam a *Object Relations Rating Scale* (ORRS; Diguer, 2001), uma nova medida que se diferencia das outras no que concerne à interação terapêutica em sua totalidade, à coerência com o modelo de intervenção de Kernberg e à consideração de todas as manifestações relacionais. Finalmente, os autores apresentam indícios metrológicos concluentes a respeito desta nova medida.